健康保険　被保険者／家族　埋葬料(費)支給申請

ご本人が亡くなったとき（ご家族等が申請するとき）

申請者情報

被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	記入不要 電話(内線)
申請書氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　ハナコ 健保　花子		申請者生年月日	昭和／平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒123－4567 東京都〇〇区〇〇町1－2－3　△△マンション456号室 電話　03　（ 7891 ） 2345			
社員番号	記入不要		ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

住所・電話番号・メールアドレスは、ご連絡がとれる申請者の情報を記載してください。

申請内容

死亡年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日	死亡原因	急性心不全
第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ		

■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合

ご家族の氏名		生	

下記に該当する方は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。
①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した
②前加入組合を資格喪失後、傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した
③前加入健保を資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した

保険者名	電話　（　）
記号－番号	

■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合

被保険者氏名	健保　太郎	被保険者からみた申請者との身分関係	妻
埋葬した年月日		埋葬に要した費用	円

下記に該当する方は退職後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。
①退職等で当健保の資格喪失後3か月以内に死亡した
②資格喪失後、当組合から傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した
③資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した

保険者名	電話　（　）
記号－番号	

事業主証明欄

この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください。
証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類
(死亡診断書・埋葬許可証等)を添付してください。

委任状

※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。

☑①本申請書の提出を事業主に委任します。

※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。

②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者(申請者)	氏　名	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏　名	

振込先情報

金融機関コード	1234		支店コード	123	
金融機関名称	●●	銀　行 信用金庫	●●	本店 支店	
預金種別	普通	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポハナコ

【添付書類】
1. 死亡した事を証明する書類(火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか一つ)の写し
2. 被保険者が死亡した場合で、生計維持されていなかったものが請求する場合は、「埋葬に要した費用」の領収書(原本)
3. 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外だが被保険者に生計を維持されていた者による請求の場合は、亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)

社会保険労務士の提出代行欄	受付日付印

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費)支給申請書

ご家族が亡くなったとき

申請者情報

被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社　○○支店 電話(内線)　03-1234-5678(999)
申請書氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		申請者生年月日	昭和 / 平成　●● 年 ●● 月 ●● 日
申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒123－4567 東京都○○区○○町1－2－3　△△マンション456号室 電話　03　(　7891　)　2345			
社員番号	1234567		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容

死亡年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日	死亡原因	急性心不全	第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ

■家族(被扶養者)が死亡したための申請の場合

ご家族の氏名	健保　花子	生年月日	昭和 / 平成　● 年 ● 月 ● 日	被保険者との続柄	妻

下記に該当する方は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。
①当組合の被扶養者認定後3か月以内に死亡した
②前加入組合を資格喪失後、傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した
③前加入健保を資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した

保険者名	電話　(　)
記号－番号	

■本人(被保険者)が死亡したための申請の場合

被保険者氏名		被保険者からみた申請者との身分関係	
埋葬した年月日		埋葬に要した費用	円

下記に該当する方は退職後に加入していた保険者名と記号番号を記入してください。
①退職等で当健保の資格喪失後3か月以内に死亡した
②資格喪失後、当組合から傷病手当金・出産手当金を引き続き受給中に死亡した
③資格喪失後②の受給終了後3か月以内に死亡した

保険者名	電話　(　)
記号－番号	

事業主証明欄

この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください。
証明がもらえない場合は死亡した事を証明する書類
(死亡診断書・埋葬許可証等)を添付してください。

委任状

※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。

☑①本申請書の提出を事業主に委任します。

※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。

②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者(申請者)	氏　名	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏　名	

振込先情報

金融機関コード	1234		支店コード	123	
金融機関名称	●●		銀　行 信用金庫	●●	本店 支店
預金種別	普通	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ

【添付書類】
1. 死亡した事を証明する書類(火葬許可証、埋葬許可証、死亡診断書、除籍謄本、死体検案書のうちいずれか一つ)の写し
2. 被保険者が死亡した場合で、生計維持されていなかったものが請求する場合は、「埋葬に要した費用」の領収書(原本)
3. 被保険者が死亡した場合で、被扶養者以外だが被保険者に生計を維持されていた者による請求の場合は、
   亡くなった被保険者との身分関係がわかる書類の原本(戸籍謄本、住民票等)

社会保険労務士の提出代行欄

受付日付印